FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

N° 2.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 4 janvier 1841,

Par JOSEPH-FRANÇOIS ANGOT,

né à Longueil (Seine-Inférieure),

Ancien Élève des hôpitaux.

I. — Des symptômes de la pneumonie, de sa marche, de sa durée et de sa terminaison.
II. — Des irrégularités du travail de l'accouchement.
III. — Des propriétés du système pileux.
IV. — Faire connaître l'organisation et les caractères des plantes de la famille des cucurbitacées. Donner l'indication détaillée des espèces intéressantes par leur emploi dans la médecine ou l'économie domestique.

(Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.)

PARIS.

IMPRIMERIE ET FONDERIE DE RIGNOUX,
IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
Rue des Francs-Bourgeois-Saint-Michel, 8.

1841

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, DOYEN.	MM.
Anatomie	BRESCHET.
Physiologie	BÉRARD (aîné).
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie et Chimie organique	DUMAS.
Hygiène	ROYER-COLLARD.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. GERDY.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. PIORRY, Président.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	....
Thérapeutique et matière médicale	TROUSSEAU.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. BOUILLAUD. CHOMEL. ROSTAN.
Clinique chirurgicale	JULES CLOQUET. SANSON (aîné). ROUX. VELPEAU.
Clinique d'accouchements	DUBOIS (PAUL), Examinateur.

Agrégés en exercice.

MM. BAUDRIMONT, Examinateur.
BOUCHARDAT.
BUSSY.
CAPITAINE.
CAZENAVE.
CHASSAIGNAC.
DANYAU.
DUBOIS (FRÉDÉRIC).
GOURAUD.
GUILLOT.
HUGUIER.

MM. LARREY.
LEGROUX.
LENOIR.
MALGAIGNE.
MÉNIÈRE.
MICHON, Examinateur.
MONOD.
ROBERT.
RUFZ.
SÉDILLOT.
VIDAL.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

A MME LA COMTESSE MERLIN DE DOUAI.

A QUELQUES AMIS.

J.-F. ANGOT.

A MES BIEN-AIMÉS MAITRES:

M. PIORRY,

Professeur de Pathologie interne à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin de la Pitié, Membre de l'Académie royale de Médecine, etc.;

M. CULLERIER,

Médecin en Chef de l'hôpital du Midi (Vénériens-Hommes), Membre de l'Académie royale de Médecine, etc.

J.-F. ANGOT.

QUESTIONS

SUR

DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

I.

Des symptômes de la pneumonie, de sa marche, de sa durée et de sa terminaison.

S'il y avait, entre un homme et un autre, cette identité parfaite qui existe entre deux statues coulées dans le même moule, et avec la même matière, ou entre deux machines tellement perfectionnées par le mécanisme, que, soumises à une même cause d'action, toutes deux doivent produire nécessairement, fatalement, le même effet, et si, d'un autre côté, ce qu'on appelle du nom de *pneumonie* était un état organo-pathologique simple, il ne me serait pas difficile de répondre nettement à la question qui m'est posée. Je n'aurais qu'à prendre un sujet atteint de pneumonie, et à noter scrupuleusement tout ce que je verrais arriver. Tous les autres cas ne seraient que la répétition de celui-ci.

Mais il n'en est pas ainsi : il n'y a pas seulement dans l'homme complexité de rouages, complexité d'organes, il y a encore complexité de structure et de rapports entre chacun de ces rouages, entre chacun de ces organes ; il n'est pas deux hommes, en un mot, dont l'organisation soit mathématiquement la même, et, d'un autre côté, il n'est pas deux hommes qui soient mathématiquement dans les mêmes circon-

stances de monde extérieur, dans les mêmes circonstances par rapport à ce qui les entoure.

La pneumonie elle-même, la maladie à laquelle on a donné ce nom, n'est pas un état organo-pathologique simple, mais la réunion d'un grand nombre d'états organo-pathologiques différents.

Ne vous étonnez donc pas si, dans la pratique de la médecine, vous ne trouvez pas deux cas de pneumonie dans lesquels la maladie ait présenté une identité parfaite de symptômes, de marche, de durée.

Et, dans toute maladie, étudiez non-seulement ce qui appartient à la maladie elle-même, mais encore ce qui, dans la maladie, appartient à la différence des individus, et à la différence des circonstances au milieu desquelles les individus ont été atteints, et au milieu desquelles ils se trouvent.

Rappelez-vous, en un mot, qu'il n'y a point d'unité morbide, et que vous avez à traiter, non pas des maladies, mais des malades, ou plutôt des maladies sur des malades.

Soyez organicien, c'est à-dire, étudiez votre malade des pieds à la tête, examinez successivement chacun de ses organes, notez-en les altérations, notez la cause, la nature de ces altérations, et sur toutes ces données, formulez un traitement méthodique, un traitement rationnel.

Appliquons ces données à la pneumonie. Et d'abord, qu'est-ce que la pneumonie? Je l'ai déjà dit, une réunion d'états organo-pathologiques différents.

En effet, n'a-t-on pas également donné le nom de *pneumonie* aux états organo-pathologiques désignés par M. Piorry sous le nom de

Pneumo-hémie { polyhypérémique.
acardiosthénique.
hypostatique.

Pneumonite traumatique.
Broncho-pneumonite.
Hémo-pneumonite.
Pneumonite strumosique.

Pyo-hémo-pneumonite.

Septico-hémo-pneumonite.

Toxico-hémo-pneumonite.

Or, si vous avez lu les notes que j'ai publiées dans le journal *l'Esculape,* conjointement avec M. Mailliot, vous avez pu vous convaincre combien ces divisions sont fondées, et combien elles simplifient la question du traitement dans la pneumonie.

La pneumonie n'est point une unité. Comment donc voulez-vous que je vous donne les symptômes, la marche, la durée, les terminaisons de la pneumonie?

Pour moi, je n'essayerai point de le faire; mais j'emprunterai à M. Bouillaud la description suivante:

Voici, d'après M. Bouillaud lui-même (*Clinique médicale,* tom. II, pag. 152), le résumé des symptômes de la pneumonie (qu'il appelle *pleuro-pneumonie*).

1° *Signes locaux.*

Douleur plus ou moins vive dans un des côtés de la poitrine, augmentant pendant la toux, l'inspiration, dont elle enraye en quelque sorte les mouvements; sentiment d'une oppression plus ou moins considérable, avec une accélération plus ou moins grande des inspirations; toux plus ou moins forte, plus ou moins fréquente; crachats visqueux, demi-transparents, albumineux ou gélatineux, adhérents aux parois du vase, plus ou moins mêlés de sang, d'où leur coloration rouillée, marmelade d'abricots, jaune verdâtre, verdâtre dans les deux premiers degrés de la pneumonie; cendrés, puriformes, diffluents ou d'une teinte jus de pruneaux (M. Andral), jus de réglisse, dans le troisième degré *bien confirmé.*

Percussion. — Demi-matité (premier degré), ou matité complète (deuxième et troisième degrés), dans la région de la poitrine correspondant au siége de la pneumonie.

Râle. — Crépitant dans le premier degré, souffle bronchique, bronchophonie ou broncho-égophonie dans le deuxième et le troisième degrés.

2° *Signes généraux.*

Fièvre plus ou moins violente, simple ou purement inflammatoire, comme on dit, dans les premier et deuxième degrés, compliquée quelquefois de phénomènes typhoïdes plus ou moins prononcés dans le troisième degré bien confirmé.

Tout cela est vrai de certaine pneumonie: ce sont bien là, en effet, les symptômes caractéristiques des diverses phases de l'hémo-pneumonite de M. Piorry (pneumonie franche des auteurs); cela n'est pas vrai des autres variétés de la pneumonie.

Cette variabilité des symptômes n'a pas été sans frapper les auteurs mêmes qui ont regardé la pneumonie comme une unité morbide, et c'est même là un des grands embarras qu'ils ont rencontrés dans la description : aussi ont-ils cherché, pour se rendre plus clairs et plus vrais, à établir dans la pneumonie différentes formes.

Ainsi vous trouvez établies (Pinel et Bricheteau, art. PNEUMONIE du *Diction. des scienc. méd.,* en 60 vol., t. XLIII, p. 398 et suivantes) les formes suivantes de la pneumonie:

1° Pneumonie aiguë simple ou coexistant avec la pleurésie: c'est la plus fréquente.

2° Pneumonie chronique : c'est une des formes les plus communes et les plus meurtrières; elle peut être primitive ou succéder à une pneumonie aiguë.

3° Pneumonie latente : sa marche est le plus souvent chronique; si elle est aiguë, elle semble masquée le plus ordinairement par les symptômes d'une autre maladie.

4° Pneumonie bilieuse.

5° Pneumonie adynamique, ataxique, putride, maligne ou nerveuse de quelques auteurs.

D'un autre côté, si vous consultez M. Bouillaud, il vous dira (*Clin.*

méd., t. II, p. 137-139): sur vingt-six malades, il y eut pleuro-pneumonie simple, sans complications, cinq fois.

Dans dix cas, il existait des signes de lésion du côté du cœur ou de l'aorte.

Dans le plus grand nombre des cas où nous observâmes les signes caractéristiques d'une endocardite ou d'une péricardite, la pleuro-pneumonie existait à gauche.

Dans douze cas, la pneumonie a présenté la forme bilieuse, c'est-à-dire qu'elle a été accompagnée ou compliquée de phénomènes indiquant un trouble dans l'appareil sécréteur de la bile. Or, dans tous ces cas, la pleuro-pneumonie était à droite.

Chez un malade, l'état bilieux était combiné avec quelques phénomènes typhoïdes: il succomba neuf jours après le début, et nous remarquâmes un développement remarquable des follicules agminés et isolés de l'intestin grêle.

Chez cinq autres sujets, on remarqua des phénomènes adynamiques ou ataxiques; aucun ne succomba.

La bronchite accompagne presque constamment la pneumonie; M. Bouillaud ne fait que les noter en passant, ainsi que la pleurésie.

A ces divisions, fondées sur des caractères fugaces, je préfère de beaucoup celle de M. Piorry. Et, en effet, que nous dit M. Piorry?

Je ne ferai ici que transcrire l'article de *l'Esculape* du 18 octobre 1840.

La pneumonie n'est point un état organo-pathologique simple, mais la réunion d'un grand nombre d'états organo-pathologiques différents.

Il y a dans toute pneumonie,

Congestion sanguine dans le poumon, pneumo-hémie.

Cette congestion peut tenir :

1° A un état pléthorique polyhypérémique : pneumo-hémie polyhypérémique.

2° A un défaut d'action du cœur, à une gêne dans la circulation: pneumo-hémie acardiosthénique.

3° A l'influence de la pesanteur : pneumo-hémie hypostatique.

Ces trois états ont non-seulement une cause différente, mais ils ont aussi une marche de symptômes différents, et ils demandent un traitement différent.

A la pneumo-hémie peut se lier, comme cause, comme effet, ou comme coïncidence, un état particulier du sang ou des solides.

La pneumo-hémie se décèlera alors par les caractères de l'inflammation : nous aurons une pneumonite.

Cette pneumonite pourra avoir sa source :

1° Dans une cause externe, chirurgicale : pneumonite traumatique.

2° Dans une inflammation de la muqueuse des voies aériennes arrivée, par continuité de tissu, jusqu'au poumon : broncho-pneumonite.

3° Dans un état particulier du sang.

Cet état particulier du sang pourra être :

1° L'hémite, état dans lequel le sang est couenneux, ou augmenté de plasticité : hémo-pneumonite.

2° La strumo-hémie, sang altéré par de la matière tuberculeuse : pneumonite strumosique.

3° La pyo-hémie, sang altéré par la résorption du pus : pyo-hémo-pneumonite.

4° La septico-hémie, sang altéré par la résorption de matières septiques : septico-hémo-pneumonite.

5° La toxico-hémie, sang altéré par des matières toxiques : toxico-hémo-pneumonite.

Dans les deux premiers cas, la pneumonite est le résultat plutôt d'une lésion des solides que d'une lésion des liquides, c'est une inflammation par cause directe.

Dans le troisième cas, qui comprend cinq divisions, la pneumonite est plutôt une lésion des liquides : c'est une inflammation produite par un arrêt, dans le poumon, de corps étrangers charriés par le sang. La pneumonite strumosique ferait peut-être exception. Nous ne savons pas si nous devons les ranger dans la première ou dans la deuxième catégorie.

Nous pouvons donc résumer les états organo-pathologiques de la pneumonie dans le tableau suivant :

Pneumo-hémie { polyhypérémique
acardiosthénique,
hypostatique,

Pneumonite traumatique,
— broncho-pneumonite,
— hémo-pneumonite,
— pyo-hémo-pneumonite,
— pneumonite strumosique,
— septico-hémo-pneumonite,
— toxico-hémo-pneumonite,

à laquelle on devra rattacher ce qu'on a dit de la pneumonie épidémique.

Ces dix états organo-pathologiques, dogmatiquement isolés, peuvent se trouver réunis en plus ou moins grand nombre sur le même sujet ; jamais même un de ces états, eût-il été primitivement isolé, ne marchera longtemps sans se compliquer : ainsi vous verrez la pneumo-hémie polyhypérémique coïncider quelques fois avec la pneumo-hémie acardiosthénique, puis la pneumo-hémie hypostatique. Ainsi encore, vous verrez l'hémo-pneumonite se compliquer de pneumo-hémie et de pyo ou de septico-hémie ; puis, au bout d'un temps plus ou moins long, apparaître un nouvel état organo-pathologique des plus funestes, l'anhématosie par l'écume bronchique.

Ces dix états disions-nous, ne peuvent être confondus, car ils diffèrent,

1° par la lésion anatomique ;
2° par les signes physiques;
3° par les symptômes ;
4° par la marche;
5° par les causes;
6° par la pathogénie;
7° par le pronostic;
8° par le traitement;

En effet, pour ne parler que de ce qui regarde les symptômes, la marche, la durée, la terminaison,

Dans la pneumo-hémie polyhypérémique il y a matité sur presque tous les points, le plus souvent sans râles, état pléthorique, fièvre assez vive; le mal cède sous l'influence de la diète seule, ou de la diète aidée de quelques saignées.

Dans la pneumo-hémie acardiosthénique, il y a également matité sur presque tous les points, le plus souvent sans râles; mais il y a de plus matité à la région précordiale: on trouve, par la percussion, les cavités droites distendues; la circulation est gênée, les crachats sont rouillés, il n'y a pas de fièvre, la maladie n'est que modifiée par la saignée dans quelques cas, par les purgatifs dans d'autres.

Dans la pneumo-hémie hypostatique, il y a matité à la partie déclive, râles muqueux, quelquefois râle sous-crépitant; il n'y a point de troubles généraux au début; les matières expectorées consistent en spumosités mêlées de crachats plus ou moins visqueux: on peut s'opposer à son début, et on la guérit par le changement de position et par une médication tonique.

Dans la pneumonite traumatique, il y a râle crépitant etquelquefois matité, mais seulement sur quelque point isolé; la respiration est plus ou moins gênée; il n'y a pas d'accidents généraux, du moins au début. Le pronostic en est peu grave quand elle est limitée et simple; on se rend facilement maître des accidents inflammatoires en usant d'un traitement énergique aussitôt qu'ils se développent.

Dans la broncho-hémo-pneumonite, il y a sibilation au début; la matité n'existe qu'à une époque reculée; au début, il y a sonorité; on trouve la toux, l'expectoration, les souffrances, l'état fébrile de la bronchite; la maladie commence par un rhume ou bronchite. Le pronostic est très-fâcheux, au moins aussi fâcheux que celui de l'hémo-pneumonite ou pneumonite franche. Empêcher les mucosités de s'accumuler dans les conduits aériens, et, pour cela, donner le tartrite antimonié de potasse, saigner modérément, appliquer des vésicatoires volants dans quelques cas, sont les moyens les plus favorables pour la guérison.

Dans l'hémo-pneumonite, il y a, dès le début, obscurité du son, râle crépitant, crachats rouillés visqueux, et, plus tard, il y a matité, bronchophonie, souffle bronchique, crachats diffluents, jus de pruneaux. Dès le début, il y a des troubles généraux; un frisson suivi de chaleur commence ordinairement la série des phénomènes morbides, qui marchent rapidement vers une terminaison fatale, et demandent dès le début un traitement énergique par les saignées coup sur coup (M. Bouillaud), répétées (M. Piorry), les boissons à haute dose.

Dans la pneumonite strumosique, il y a matité à la partie supérieure des poumons, ronchus variés, expiration plus forte que l'inspiration, et dès le quatrième ou le cinquième jour, on voit se déclarer les symptômes de la phthisie tuberculeuse commençante, et tout le monde sait quelle est la terminaison de la phthisie tuberculeuse.

Dans la pyo-hémo-pneumonite, il y a peu de crachats, peu de matité, peu de ronchus; les crachats sont lobulaires, partiellement rouillés. Il y a en quelques points du corps, abcès, suppuration, et c'est à la suite de la résorption du pus que se manifestent les accidents du côté du poumon.

La marche en est lente, le début latent; les symptômes généraux sont ceux de la fièvre hectique; la terminaison est presque constamment mortelle. Les meilleurs moyens consistent à évacuer le pus quand cela est possible, ôter de la sérosité par les purgatifs, le tartrite antimonié de potasse, et les vésicatoires volants.

Dans la septico-hémo-pneumonite, il y a matité à la partie inférieure du poumon, quelquefois ailleurs; les symptômes sont ceux de l'entérite septico-hémique (fièvre typhoïde), gêne de la circulation, stupeur, tendance à une terminaison funeste. La mort est presque certaine si le mal est tardivement reconnu: il est presque toujours tardivement reconnu. On le prévient par l'aération, le changement fréquent de position. A une période avancée, on ne doit point employer les émissions sanguines, mais une médicamentation tonique.

Dans la toxico-hémo-pneumonite, on trouve des pneumonites par-

tielles, lobulaires, coïncidant avec des symptômes d'intoxication ; et je n'ai pas besoin d'énumérer ces symptômes, je n'ai pas non plus besoin de parler de leur gravité, qui varie en raison du poison.

Ici s'arrête ce que j'avais à dire de chacun des états organo-pathologiques variés, qu'on a groupés à tort pour les décrire en commun sous le nom générique de *pneumonie.* Je regrette que des motifs, que mes juges sauront apprécier, ne me permettent pas d'entrer dans plus de détails : j'ai dû me borner à donner le canevas d'un long et difficile travail sur la pneumonie, maladie qui est loin d'être aussi bien connue qu'on le croit généralement.

Voici, du reste, pour les personnes qui voudraient continuer à envisager la pneumonie comme une unité morbide, ce que M. Bouillaud (*Clinique méd.*) dit de la marche et de la durée de la pleuropneumonie.

Laennec et M. Andral ne se sont pas expliqués d'une manière précise sur la durée moyenne de la pneumonie ; toutefois leur opinion ne paraît pas différer beaucoup de celle de MM. Louis et Chomel.

Suivant M. Andral, par exemple, les jours où l'on observe la terminaison du plus grand nombre de pneumonies, sont, le septième, le onzième, le quatorzième, le vingtième.

Selon M. Chomel, la durée de la pneumonie est ordinairement de sept à vingt jours ; il est rare qu'elle n'atteigne pas le premier terme, ou qu'elle dépasse le second.

Pour M. Bouillaud, la durée moyenne est de huit à douze jours ; et M. Bouillaud attribue cette différence dans les résultats à la différence du traitement.

« On peut, dit M. Bouillaud, lorsque la pneumonie est encore au premier degré, la juguler, pour ainsi dire, et l'enlever dans l'espace de trois à quatre jours.

« Lorsque la pneumonie est parvenue au second degré, elle ne cède pas avec la même promptitude ; mais il nous est arrivé le plus ordinairement de l'enlever en sept ou huit jours. Quant à la pneumonie arrivée au troisième degré, la plupart des praticiens la regardent

comme au-dessus de toutes les ressources de l'art. « Une fois que la pneumonie a atteint le troisième degré, est-elle encore susceptible de se guérir ? »

Nous ne possédons aucun fait qui puisse nous donner la solution de cette question (Andral, *Clin. méd.*; p. 550, 551, 2e édit.)

M. Andral révoque en doute les observations de guérison de suppuration du poumon, publiées dans ces derniers temps. M. Bouillaud dit en avoir assurément guéri un cas; mais il reconnaît que rien n'est plus rare que de semblables guérisons. « En dernière analyse, dit-il, je crois pouvoir établir que la durée moyenne de la pneumonie aiguë, traitée par la méthode que je formulerai plus loin, n'est que de huit à douze jours, au lieu de sept à vingt, comme il résulte des observations de M. Chomel. »

Mais voici M. Chomel qui (*Dict. de méd.* en 21 vol., art. PNEUMONIE) dit : « Quel que soit son degré d'intensité, la pneumonie présente dans son cours des périodes d'accroissement, d'état, de déclin. Quant aux périodes, considérées en particulier, l'accroissement a lieu, en général, pendant trois ou quatre jours, quelquefois pendant un temps plus long, quels que soient les moyens de traitement qu'on emploie. Dans quelques cas, l'état stationnaire, et même la rémission apparente qui semble marquer le terme de l'accroissement, sont trompeurs ou passagers. Sans cause antérieure qui explique la recrudescence de l'inflammation, celle-ci reprend une nouvelle intensité, et compromet une seconde fois le sort du malade. »

Comment expliquer ce désaccord entre des hommes aussi éminemment savants et observateurs que MM. Bouillaud, Andral, Louis et Chomel ? On ne le pourra pas, si l'on persiste à regarder la pneumonie comme une unité morbide; mais si l'on admet, et on l'admettra, que la pneumonie est un composé d'un plus ou moins grand nombre d'états organo-pathologiques, ce désaccord s'explique tout naturellement. Chacun de ces messieurs s'est fait de la pneumonie un type différent; et comme c'est à ce type qu'il a rapporté toutes ses observa-

tions, le résultat pour chacun d'eux doit être aussi différent que le type choisi. Ainsi donc le désaccord ici peut être apparent : il ne faut pas le croire réel ; et soyez bien persuadé que devant le même malade tous seraient du même avis. En résumé, je crois qu'on pourrait concilier toutes les opinions en disant : On doit appeler du nom de *pneumonie* toute maladie du poumon dans laquelle il y a tendance à la suppuration, c'est-à-dire toute maladie par laquelle il se passe dans le poumon un travail morbide tel, que, poussé jusqu'à sa fin, la suppuration du tissu pulmonaire doit en être le résultat. Mais ce travail, qu'on pourra appeler *inflammatoire* (peu importe le mot, pourvu qu'il soit bien décidé que ce mot exprime un fait, et non pas un autre), ce travail ne se développe pas sans une cause qui lui donne naissance, et cette cause n'est pas toujours la même ; puis, une fois développée, il ne s'entoure pas toujours du même cortége de coïncidences. Or, on peut maintenir que, suivant ces causes, suivant ces coïncidences diverses, on devra formuler un traitement différent, et donner de la maladie une description différente.

Les divisions de M. Piorry, exprimant à la fois ces causes et ces coïncidences, devront être adoptées jusqu'à ce qu'on en trouve de meilleures. La pneumonie pourra donc être considérée comme un genre dans lequel on rencontre beaucoup d'espèces qui méritent chacune une description à part. Et ici, de même qu'en botanique, il est aussi, et même plus important, de connaître l'espèce que le genre. Jusqu'à présent, peut-être, on avait eu le tort de donner comme caractère du genre les caractères de l'espèce ; une classification méthodique devenait donc nécessaire : c'est un langage philosophique.

II.

Des irrégularités du travail de l'accouchement.

Burns (ACCOUCHEMENTS, p. 237, édit de l'*Encyclopédie des sc. méd.*) définit l'accouchement naturel « un accouchement qui a lieu à la fin du neuvième mois de la grossesse, lorsque l'enfant présente dès la première fois la partie supérieure et latérale de l'os pariétal, et que le front est dirigé vers la partie postérieure de la ligne iléo-pectinée, et le sommet, vers la cavité cotyloïde opposée, qui est celle de gauche; lorsqu'une proportion exacte existe entre le volume de la tête et la capacité pelvienne; lorsque les douleurs sont régulières, efficaces; le travail ne dépasse pas vingt-quatre heures, se prolongeant rarement plus de douze, et très-souvent plus de six; et lorsqu'il ne survient aucun accident qui puisse entraver la délivrance, ou compromettre la vie de la femme. »

Tout accouchement qui n'est pas naturel sort de la règle commune, et n'est pas régulier. J'aurai donc à examiner ici comme cas d'irrégularité du travail tous les cas qui sortiront des conditions tracées par Burns à l'accouchement naturel.

Or, quelles sont les causes qui peuvent rendre l'accouchement non naturel, et amener l'irrégularité du travail ?

Ces causes pourront être divisées en plusieurs séries :

1° Celles qui viennent du côté de la mère;

2° Celles qui viennent du côté de l'enfant.

Les premières peuvent elles-mêmes être subdivisées en, 1° celles qui sont antérieures à la grossesse, 2° celles qui surviennent pendant le cours de la grossesse, 3° celles qui surviennent seulement pendant la durée du travail.

Les secondes peuvent aussi être subdivisées : elles ont rapport, 1° au volume, au nombre, 2° à la position.

Les causes d'irrégularité tenant à la mère, et antérieures à la gros-

sesse, ou se développant pendant le cours de celle-ci, peuvent avoir leur siége, 1° dans les parties molles du bassin, 2° dans les organes génitaux internes ou externes, 3° dans les organes voisins de l'utérus.

Causes d'irrégularité ayant leur siége dans le squelette. — 1° Bassin trop petit, 2° bassin trop grand.

L'étroitesse du bassin peut être due, 1° au rachitisme, 2° au ramollissement des os, 3° à des tumeurs.

Dans le cas de rachitisme on peut distinguer les variétés suivantes :

a. Bassin régulier, mais étroit par un arrêt de développement de toutes les parties qui le composent.

b. Les os ont leur volume normal, mais le sacrum est entièrement droit.

c. Les épines ischiatiques sont trop saillantes, et empiétent sur la partie inférieure du bassin.

d. Les parois du sacrum peuvent manquer primitivement, et l'iléon être réuni à cet os par une matière osseuse, près de la ligne médiane.

e. Le promontoire du sacrum fait une saillie un peu plus forte que de coutume, ou est dirigé un peu plus d'un côté que de l'autre, et la courbure de l'os est augmentée ou diminuée.

f. Les ischions peuvent se rapprocher, la partie inférieure du sacrum peut être trop courbée.

g. La partie antérieure du détroit supérieur est plus aplatie; le détroit supérieur, au lieu d'être un peu ovalaire, est semi-circulaire, et le petit diamètre est quelquefois réduit à moins de deux pouces (8 centimètres).

h. Les cavités cotyloïdes sont plus rapprochées du sacrum, et le bassin est comme triangulaire.

Dans le cas de ramollissement, ce ramollissement a lieu dans l'âge adulte; par lui, le sommet du sacrum descend quelquefois plus bas dans le bassin, et est toujours poussé en avant, tandis que les cavités

cotyloïdes sont repoussées en arrière et en dedans vers le sacrum, et l'une vers l'autre, de sorte que le bassin tend à se fermer en bas, et à se partager en deux segments en haut.

Des tumeurs osseuses peuvent encore rétrécir le bassin : telles sont des exostoses, des périostoses, des ossifications à la suite de fracture de la cavité cotyloïde, des ostéosarcômes.

Parmi les causes d'irrégularité ayant leur siége, 1° dans les parties molles du bassin, 2° dans les organes génitaux internes, 3° dans les organes voisins de l'utérus, et pouvant rétrécir la cavité pelvienne, je mentionnerai des tumeurs squirrheuses, stéatomateuses, s'attachant, soit aux os, soit aux ligaments, le développement de l'ovaire (kyste, cancer), la hernie vaginale, la hernie vésicale, les engorgements ganglionaires, les excroissances polypeuses aux environs du museau de tanche ou du vagin, les squirrhes du rectum, les tumeurs dures ou enkystées du bassin, une pierre dans la vessie.

Les tumeurs peuvent être adhérentes aux os par une large surface, ou être pédiculées. On est, ou l'on n'est pas dans la possibilité de les enlever, de les faire disparaître par l'extirpation, par la ponction, par la ligature.

On peut, de tout ceci, tirer plusieurs conséquences pratiques. Voici quelles sont ces conséquences :

1° Si la tumeur est mobile, il faut la refouler au-dessus du détroit supérieur au commencement du travail, et l'empêcher de descendre avant la tête de l'enfant.

2° Si on peut refouler les tumeurs en haut, il faut, avec un trois-quarts, faire une ponction exploratrice. Si la tumeur est liquide, elle se videra; si elle est solide, on en connaîtra quelquefois la nature. Il est entendu qu'on devra auparavant s'être bien assuré que la tumeur n'est formée, ni par la vessie, ni par le rectum, ou tout autre organe dont la lésion serait dangereuse.

3° Si le volume de la tumeur n'a pas été diminué par la ponction, il faut enlever les tumeurs par l'extirpation, arriver à ces tumeurs par le périnée ou par le vagin.

4° Si la tumeur ne peut être enlevée, il faut hâter la perforation de la tête ou l'extraction de l'enfant

5° Dans quelques cas, il faudra faire l'opération césarienne.

Tels sont du moins les conseils que donne Burns, auquel j'emprunte tous ces détails.

J'ai dit qu'un bassin très-large pouvait être une cause d'irrégularité. En effet, un bassin très-large, bien loin d'être avantageux, est la cause d'une foule d'accidents, tant pendant la grossesse que pendant l'accouchement. Quand le bassin est trop grand, l'utérus ne s'élève pas, comme d'usage, hors du bassin, ce qui produit une foule de sensations désagréables. Il y a plus : l'utérus, devenu plus pesant de tout le poids du fœtus, peut être entraîné en bas jusqu'au prolapsus. Si la vessie est distendue, il peut à l'instant arriver une rétroversion. A la fin de la grossesse, l'utérus peut descendre à l'orifice du vagin, et pendant le travail, des douleurs violentes peuvent survenir avant que l'orifice de l'utérus soit entièrement dilaté, et ces douleurs expulser à la fois l'enfant et l'utérus hors du vagin. Un accouchement trop précipité, trop prompt, est encore un des grands inconvénients du trop d'amplitude du bassin.

Causes d'irrégularité ayant leur siége dans les parties génitales internes ou externes.

Quelques-unes de ces causes ont été déjà mentionnées, en parlant de l'étroitesse de l'excavation. Elles peuvent se résumer dans les cas suivants :

1° *Utérus double ;*

2° *Orifice utérin presque entièrement fermé.* — Litre trouva l'orifice utérin presque fermé par un prolongement de la surface interne du vagin (*Mémoires de l'Académie des sciences*, 1704, p. 2), et dans le septième mois d'une grossesse, il le trouva fermé par un corps

glanduleux (*op. cit.*, 1705, p. 2); Morgagni le trouva bouché par une membrane (epist. XLVI, art. 17); Boehmer le trouva tout à fait fermé (*Observ. anat.*, fasc. II, p. 62); Ruysch le vit si petit, qu'il admettait à peine une épingle; et Sandifort le trouva si bien fermé, que rien que l'air ne pouvait y passer.

3° *Excroissance en forme de choux-fleurs.* — « C'est, dit Clarke, une tumeur qui naît de l'orifice de l'utérus ; la base est large, la surface granulée ; la substance est comme celle du placenta, et les fragments séparés sont blancs ; la pression n'occasionne pas de douleurs, et la malade souffre rarement ; l'écoulement est d'abord aqueux, mais il empèse les serviettes, dont vingt ou trente au moins sont mouillées par jour. Dans le cours de la maladie, la femme perd plus ou moins de sang; la faiblesse est grande, les vomissements et les nausées surviennent, et la malade succombe. La marche de la maladie est variable, et quelquefois si rapide, que l'excroissance peut remplir le bassin dans l'espace de neuf mois, et peut même faire saillie par le vagin. Elle est à l'œil d'une couleur de chair brillante; elle n'empêche pas toujours la grossesse.

4° *Induration, puis ulcération du col, cancers squirrheux de la matrice, absence du col par suite de résection.* — Denman rapporte un cas où il y avait une large excroissance, chez une femme enceinte, avec un écoulement de sang abondant : la tête de l'enfant fut broyée, mais la femme mourut sans être accouchée.

M. Lisfranc a publié un cas où une femme, devenue enceinte après la résection du col pour un cancer, accoucha à terme.

5° *Tubercules de la matrice.* — Ces tumeurs, surtout quand elles se placent sur la face externe de l'utérus, n'empêchent pas toujours la grossesse. Une partie de la matrice, quelquefois même la matrice tout entière, est développée et changée en une substance blanche et cartilagineuse, avec une surface dure, irrégulière; quelquefois même elle

est ossifiée, et les ossifications peuvent survenir même pendant la grossesse.

6° *Polypes utérins, hydatides.*

7° *Hernie de matrice.* — La hernie de matrice peut survenir avant et pendant la grossesse : c'est un cas qui peut réclamer l'opération césarienne; cependant on a vu l'accouchement se terminer par le vagin.

8° *Hydrovarie.* — Dans un cas cité par Denman, le travail ne put marcher que lorsque l'ovaire fut vidé par une ponction à travers le vagin : la femme mourut six mois après.

9° *Rétroversion.*—Après l'évacuation de l'urine, dans un cas de rétroversion, l'utérus peut conserver sa mauvaise position, même jusqu'à la fin de la grossesse. Dans un pareil cas, qui est excessivement rare, le travail doit être long et très-pénible.

10° *Rupture de matrice.* — L'enfant passe dans l'abdomen, et il y a grossesse extra-utérine consécutive.

11° *Inclinaison antérieure de l'utérus.*—Quand elle existe, dit M. Velpeau, le fœtus ne s'engage qu'avec peine, les muscles abdominaux, trop fortement courbés, se contractent avec une faible énergie; le col est plus difficile à trouver, ce qui embarrasse les commençants. Le travail marche avec beaucoup de lenteur jusqu'à la fin du premier temps, mais ensuite il prend beaucoup d'énergie, et ne réclame point de soins particuliers. Ce fait, d'après M. Velpeau, serait constant.

Causes d'irrégularité ayant leur siége dans les parties voisines de l'utérus. Ce sont :

Du côté de la vessie, des polypes, des tumeurs, la paralysie, la chute, la hernie.

Ainsi la vessie peut, pendant le travail, descendre en avant de l'utérus, et produire beaucoup de douleur, ou la descente a lieu quelquefois avant le travail, accompagnée de douleurs semblables à celles de l'accouchement, et quelquefois de symptômes convulsifs et spasmodiques, surtout quand on néglige de sonder.

Quand la chute de vessie survient comme un accident momentané pendant le travail, ou avant l'accouchement, il faut craindre de prendre la vessie pour les membranes, car on a causé par là un mal irréparable à la femme. On l'a aussi prise pour une tête hydrocéphalique. Quand la vessie fait saillie, on la sent attachée au pubis. Elle se retire plus ou moins loin lorsque les douleurs cessent. Si la malade n'est pas en travail, on calmera la douleur en tenant la vessie vide, en diminuant l'irritation par des opiacés, et en tirant un peu de sang s'il y a de la fièvre et de l'insomnie. Si le travail marche, on maintiendra aussi la vessie vide, et pendant les douleurs on pourra la soutenir doucement en pressant sur elle avec deux doigts dans le vagin : de cette manière, la vessie sera préservée de toute lésion.

Du côté du vagin : la hernie vaginale, une tumeur aqueuse faisant saillie dans le vagin, une tumeur enkystée, des varices, une tumeur spongieuse.

Si une femme avait une hernie vaginale pendant sa grossesse, il faudrait avoir soin de réduire cette hernie avant le commencement du travail, car, sans cette précaution, l'anse intestinale pourrait s'enflammer, les matières fécales être arrêtées par la tête, qui entrerait dans le bassin, ou bien le travail lui-même, si l'on ne peut soulever la tête et faire rentrer l'intestin, pourrait s'arrêter au point de nécessiter l'emploi d'instruments.

Les tumeurs aqueuses vaginales présentent rarement une forte résistance à l'accouchement. Par degrés, elles cèdent à la pression de la tête, mais quelquefois elles reviennent après la délivrance. Il faut ouvrir la tumeur si on ne peut autrement délivrer la femme avec sûreté pour l'enfant.

Des tumeurs variqueuses et des tumeurs anévrysmales ne doivent point être touchées; il faut se contenter de les soutenir. Quant aux tumeurs spongieuses, elles ne doivent être ponctionnées qu'à la dernière extrémité. Burns n'a jamais rencontré un cas où la ponction fût nécessaire.

Du côté du rectum : J'ai déjà mentionné le squirrhe de cet intestin, j'y ajouterai un amas de matières fécales endurcies.

Ici se termine l'énumération des causes des irrégularités préexistantes à la grossesse, ou se développant pendant son cours, et qui ont pour sujet la mère.

Je dois maintenant parler de celles qui sont relatives à l'enfant, me réservant de terminer la question par l'énumération et l'appréciation des causes qui, tenant à la mère, se développent seulement pendant la durée du travail ou vers la fin de la grossesse.

J'ai dit que les causes d'irrégularité tenant à l'enfant pouvaient être rapportées à plusieurs chefs : 1° au volume; 2° au nombre; 3° à l'état du cordon ombilical; 4° à la position.

Le fœtus peut être atteint d'hydrocéphalie, d'hydrothorax, d'ascite; il peut apporter en naissant des tumeurs de diverse nature, quelquefois assez considérables pour s'opposer à son expulsion spontanée, et dont malheureusement on ne peut guère soupçonner l'existence que lorsque le travail est déjà fort avancé, et, par conséquent, lorsqu'il n'est guère possible d'agir sur elles. De sorte que, presque toujours, dit M. Cazeaux, leur volume est excessif, et la mort du fœtus est presque toujours la suite des lenteurs et des difficultés du travail.

Les fœtus peuvent être multiples; multiples, ils peuvent être adhérents ou isolés.

Dans le cas de fœtus multiples adhérents, l'état de duplicité peut être total ou borné à la tête, et, dans ces cas, une des têtes peut être arrêtée au-dessus de l'angle sacro-vertébral, ou de la symphyse pubienne, et s'opposer à la descente ultérieure de celle qui est déjà engagée, ou sur le point de s'engager. Il faudra, dans ce cas, recourir à la version pelvienne, et, quand la plus grande partie du tronc sera

dégagée, on devra relever le tronc au devant de la symphyse, de manière à favoriser l'engagement de la tête postérieure avant celui de l'antérieure. Si la tête qui s'est engagée la première était engagée trop avant dans l'excavation pour qu'il fût possible de la refouler, et d'aller chercher les pieds, il faudrait, si le fœtus était vivant, tenter une application du forceps. Celle-ci étant infructueuse, et ce serait le cas le plus ordinaire, il ne resterait plus d'autre ressource que l'opération césarienne et la détroncation. M. Cazeaux préférerait ici la détroncation à l'opération césarienne, et je crois qu'il n'est personne qui ne soit de l'avis de M. Cazeaux.

Dans le cas de fœtus multiples isolés, lorsque après ou pendant la naissance du premier enfant, il survient un accident qui menace les jours de la mère ou du second jumeau, quand celui-ci se présente au détroit dans une position défavorable, il faut immédiatement pratiquer la version pelvienne, et terminer l'accouchement, mais par des tractions lentes, afin de ne pas trop rapidement désemplir l'utérus, et pour éviter l'inertie et l'hémorrhagie qui pourraient en être la conséquence. Si la tête du second fœtus était déjà arrivée au détroit inférieur, et qu'il y eût hémorrhagie, il faudrait se décider à recourir au forceps.

Le cordon peut être trop long, il peut être trop court.

Trop long il peut s'échapper avant le fœtus, et la chute ou prolapsus du cordon est d'une grande gravité, puisque en quelques instants la mort de l'enfant peut en être la suite. On devra donc, dans le prolapsus du cordon, refouler celui-ci au-dessus du détroit supérieur, et, si on ne peut y parvenir, le refouler au moins dans le vagin, pour le soustraire au contact de l'air, et appliquer le forceps aussitôt qu'on sentira les pulsations s'affaiblir ou devenir intermittentes.

La brièveté du cordon peut être naturelle ou accidentelle. Dans ces derniers cas, le cordon n'est rendu court que parce qu'il est plus ou moins enroulé autour du cou, des membres et du tronc du fœtus.

La brièveté du cordon, soit naturelle, soit accidentelle, indépen-

damment des chances qu'elle fait courir au fœtus, peut encore être pour la mère la source d'accidents fâcheux : c'est à la brièveté du cordon qu'il faut attribuer, dans la plupart des cas, la rupture du cordon, le décollement prématuré du placenta, et les hémorrhagies consécutives à ce décollement prématuré.

Voici les conseils que donne M. Cazeaux dans le cas de brièveté du cordon.

1° Lorsque les membranes ne sont pas encore rompues, si le col est largement dilaté, les contractions énergiques, il faut rompre les membranes. Après l'écoulement des eaux, l'utérus reviendra sur lui-même, son fond se rapprochera de son col, et le cordon, n'étant plus tiraillé, permettra à la tête de descendre dans l'excavation.

2° Si la tête est au détroit inférieur au moment où les mouvements alternatifs d'élévation et de progression, qui sont le signe de la brièveté du cordon, commencent à être perçus pendant et après la contraction, il faut appliquer le forceps.

3° Si la tête n'a plus à vaincre que la résistance des parties molles, il faut se contenter de s'opposer, autant que possible, à ce qu'elle puisse remonter après chaque douleur, et, pour cela, appliquer fortement la main sur les parties extérieures du périnée, et, tout en soutenant celui-ci, favoriser l'issue de la tête en la repoussant en haut, comme pour aider à son mouvement d'extension ou de dégagement.

4° Enfin, après la sortie de la tête, il faut se hâter de relâcher les circulaires que le cordon forme autour du cou, et de les faire passer par-dessus la tête; si ces circulaires, trop serrés, résistent aux tractions, il faut les couper, mais ne pas trop se presser de faire la ligature de l'extrémité ombilicale du cordon, et cela afin d'éviter l'apoplexie.

Les positions du fœtus qui peuvent être cause d'irrégularités dans le travail, sont :

1° Les positions inclinées du sommet;

2° Les positions inclinées du pelvis;

3° Les positions de la face.

4° Les positions du tronc;

5° Les positions compliquées, ou procidences de madame Lachapelle, qui désignait sous ce nom la sortie intempestive d'une partie quelconque du fœtus.

Reconnaître ces positions, leur appliquer les manœuvres convenables, sont choses qui demanderaient trop de détails pour que je puisse m'en occuper ici.

Je passe à l'examen des causes qui, tenant à la mère, rendent le travail irrégulier, et surviennent seulement pendant la durée de celui-ci. Ces causes sont:

1° Une maladie qui se déclare pendant le travail; 2° une hémorrhagie quelconque assez abondante pour compromettre l'existence de la mère et de son fruit; 3° des convulsions; 4° des syncopes; 5° une déchirure de matrice; 6° une hernie; 7° un anévrysme; 8° l'asthme; 9° une grande faiblesse. D'autres causes peuvent encore amener l'irrégularité du travail.

Le travail, dit M. Velpeau, marche quelquefois avec une lenteur extrême; il peut durer trois, quatre, six, huit jours, sans qu'il y ait rien de particulier à faire, et cela dans deux cas opposés.

1° Chez les femmes d'un tempérament nerveux, qui accouchent pour la première fois, et dont la fibre est rigide et très-excitable;

2° Chez celles qui sont d'une constitution délicate, faible et lymphatique, ou dont le museau de tanche avait offert une grande mollesse quelque temps avant le terme.

Dans le premier cas, saignée (conditionnelle en rapport avec l'état de la circulation), bain tiède, onctions avec la pommade belladonée, boissons légèrement narcotiques ou calmantes.

Dans le second, quelques aliments analeptiques et quelques cuillerées de bon vin de temps en temps, pour soutenir les forces; car, au bout de trois ou quatre jours, plus ou moins, les contractions deviennent énergiques; et, aussitôt que les contractions acquièrent une certaine énergie, le travail se termine, en général, avec une rapidité très-grande, et qui contraste singulièrement avec sa première lenteur.

D'autres fois les douleurs, après avoir été d'abord régulières et assez vives, ne reviennent plus qu'à de longs intervalles. Tantôt c'est la faiblesse générale de la femme, ou la fatigue de l'utérus qu'il faut accuser, tantôt, au contraire, il faut s'en prendre à ce que les efforts ont été mal dirigés, et à ce que la matrice ne jouit pas d'une grande excitabilité. Dans le premier cas, repos, un consommé s'il y a appétit, vin si la soif et la chaleur ne sont pas grandes; patience et résignation. Dans le second cas, repos si la fatigue est grande; autrement on fait promener la femme, car, on ne peut le nier, la marche et la position verticale accélèrent positivement la marche du travail.

Le travail se ralentit dans certains cas, parce que les contractions sont difficiles, extrêmement douloureuses, inégales ou partielles.

Le premier cas tient ordinairement à une pléthore locale ou générale, et réclame la saignée; le second cas peut se rencontrer seul, ou bien en même temps que le premier; et, comme il a pour cause une sensibilité exaltée, soit accidentelle, soit naturelle de l'organisme en totalité, ou des organes génitaux en particulier, il convient, après la saignée, si on l'a jugée utile, d'avoir recours aux bains, aux anodins les plus doux, et même quelquefois aux préparations thébaïques. Dans le troisième cas (contractions inégales, partielles), en appliquant la main sur l'hypogastre, on sent, si les parois du ventre n'ont pas trop d'épaisseur, que l'ovoïde utérin n'est pas régulier, qu'il y a des bosselures, des inégalités, et cela indépendamment de la forme des parties du fœtus.

Dans ce cas encore, toutes les fois que l'état général de la femme ne s'y oppose pas, c'est à la saignée qu'il faut avoir recours, puis aux anodins simples, aux antipasmodiques diffusibles, aux opiacés; en outre on fera des frictions sur l'abdomen, avec la main nue ou munie de flanelle sèche et chaude, ou imbibée d'huile de camomille, etc.

Les contractions spasmodiques du col tiennent aux mêmes causes que celles du corps, réclament le même traitement, et surtout l'introduction de la pommade belladonée, dont on introduit la grosseur d'une aveline jusqu'au col.

La rupture prématurée et l'intégrité trop longtemps conservée de la poche des eaux, peuvent ralentir le travail et le rendre fâcheux. Dans le premier cas, il faut favoriser la dilatation sans augmenter l'énergie des contractions : pour cela, il est convenable de faire marcher la femme, d'humecter les parties d'une manière quelconque, et surtout avec la pommade belladonée. Dans le second cas, il faut déchirer la poche. Mais, pour que la poche des eaux puisse être déchirée sans inconvénient, il faut qu'il y ait la réunion des conditions suivantes :

1° Que la dilatation soit au moins très-avancée ;

2° Que les douleurs se maintiennent, et qu'il n'y ait pas menace d'inertie ;

3° Que l'enfant soit en bonne position ;

4° Qu'il n'y ait pas d'autre obstacle à l'accouchement.

Une dernière cause, qui fait que l'accouchement traîne en longueur, est la faiblesse, soit absolue, soit relative, des contractions utérines, c'est-à-dire l'inertie. Quand elle existe, les demi-lavements de séné sont indiqués ; les excitants, en général, sont suivis de quelque succès. Le sous-borate de soude, préconisé par Lobstein, peut aussi être employé ; mais le remède auquel on doit donner la préférence paraît être le seigle ergoté. On l'administre à la dose de 0,60 à 1 gramme (12 à 20 grains), dans une cuillerée ou dans un demi-verre d'eau sucrée, et on renouvelle cette dose deux ou trois fois, à quinze ou vingt minutes d'intervalle. Mais pour que le seigle ergoté puisse être donné avec quelque chance de succès, il faut, dit M. Velpeau,

1° Qu'il n'y ait pas tendance manifeste à l'hémorrhagie par cause d'irritation ;

2° Que l'accouchement soit possible par les voies naturelles ;

3° Que l'enfant soit en bonne position ;

4° Que le col soit souple et dilatable ;

5° Que l'irritabilité générale ne soit pas trop grande ;

6° Que les organes digestifs soient en bon état ;

7° Que le peu d'action de la matrice tienne à son manque d'excitabilité.

Ici se termine ce que j'avais à dire de l'irrégularité du travail de l'accouchement. Cette irrégularité peut, comme on le voit, tenir à un bien grand nombre de causes; et de ces causes, les unes ont un remèdes, les autres n'en ont pas. J'ai cherché, autant que possible, à placer à côté de la cause le moyen d'y remédier, et, en cela, je crois avoir satisfait à ma question.

III.

Propriétés du système pileux.

1° Comment se comporte le système pileux avec les divers réactifs, avec les différents corps qui sont mis en contact avec lui?

A quoi sert-il dans les différentes régions où il se trouve? tel est, ce me semble, le double point de vue sous lequel je dois envisager le système pileux, pour traiter convenablement cette question de ma thèse.

Des propriétés du système pileux.

Comment se comporte le système pileux avec les divers réactifs, avec les divers corps qui sont mis en contact avec lui?

J'examinerai, 1° l'action du calorique; 2° l'action de l'eau; 3° l'action des corps gras; 4° l'action des différents agents employés à la coloration ou à la décoloration des cheveux, barbe, etc.

1° *Action du calorique.* — Les poils, dit Bichat, n'éprouvent qu'un très-faible racornissement quand on les expose à l'action du calorique; ils se contournent bien alors en divers sens, frisent, se tortillent,

mais cela dépend d'une cause tout à fait différente du racornissement des autres organes. En effet, si les poils semblent se racornir par le calorique, cela est dû à ce que le calorique enlève alors l'humidité dont les poils sont habituellement pénétrés, et fait ainsi rapprocher leurs molécules. Aussi suffit-il de les mouiller pour les rendre à leur premier état.

2° *Action de l'eau.* — Quand on plonge des poils dans l'eau, leur enveloppe épidermoïde s'imbibe d'humidité; c'est sur la propriété qu'ont les poils de s'imbiber d'humidité que repose la théorie de l'hygromètre à cheveux de Saussure.

Suivant M. Hatchett, l'ébullition prolongée des poils leur enlève un peu de gélatine, et la substance restante a toutes les propriétés de l'albumine.

Les poils résistent beaucoup à la putréfaction; M. Orfila dit même (*Médecine légale*, t. I, p. 127, 3e édit.) que « le système pileux n'éprouvant jamais la décomposition putride que subissent la plupart de nos organes, il est toujours possible, même plusieurs années après l'inhumation, de vérifier ses caractères sur les débris des cadavres. »

3° *Action des corps gras.* — Les corps gras, dit Bichat, soutiennent la frisure, parce qu'ils entourent les cheveux d'une couche immiscible à l'eau. Ici, je devrais sans doute examiner les avantages et les inconvénients des diverses pommades employées à la toilette des cheveux, mais j'avoue que je n'ai pas sur ce point les données convenables pour élucider la question.

4° *Action des différents agents employés à la coloration ou à la décoloration des cheveux.* — Vous pouvez lire dans la *Médecine légale* de M. Orfila (t. I, p. 129 et seq., 3e édit.) comment on peut noircir les cheveux, et reconnaître par quel procédé ils ont été noircis; comment on peut leur faire perdre leur couleur noire; jusqu'à quel point on

peut donner à des cheveux blonds, rouges ou châtains, d'autres nuances sans les noircir ni les blanchir, et comment on peut reconnaître la nature de l'agent qui a opéré le changement de couleur.

Ainsi, on teint les cheveux en noir :

1° Par un mélange de { litharge, 3 p. / craie, 3 p. / chaux vive hydratée, ¾ p. }

2° Par le plombite de chaux ;

Le plombite de chaux est formé de { sulfate de plomb, 4 p. / chaux hydratée, 5 p. / eau, 30 p. }

Faites bouillir pendant cinq quarts d'heure.

On fait perdre aux cheveux leur couleur noire en les traitant par de l'eau chlorurée, dans laquelle on les laisse un temps suffisant. Mais les cheveux traités par le chlore sont cassants, conservent l'odeur de chlore, et n'ont pas une coloration uniforme, ce qui permet toujours de reconnaître la fraude.

Les cheveux sont peu élastiques, mais très-résistants : insensibles par eux-mêmes, ils ne peuvent cependant être tiraillés sans de vives douleurs, parce qu'on ne peut les tirailler sans tirailler en même temps la peau à laquelle ils sont implantés; et si, d'un côté, Bichat leur attribue la sensibilité organique et la contractilité insensible, parce que, dans la plique polonaise, ces propriétés y paraissent exaltées à un degré remarquable, d'un autre côté Béclard fait remarquer que, dans la plique, ce n'est point le cheveu, mais la peau, l'épiderme qui se prolonge sur le cheveu, qui est le siége de ces propriétés.

A quoi sert le système pileux?

Pour traiter cette seconde partie de la question, je dois examiner les poils dans les différentes régions qu'ils occupent.

1° *A la tête.* — Les poils (cheveux, capilli) peuvent être regardés comme des organes protecteurs destinés à modérer la vivacité des impressions, à soustraire l'organe encéphalique aux effets des variations de température, du froid, de l'humidité, de la chaleur; aux coups, etc.

Des cheveux longs sont-ils la marque de la force? nuit-on, en les coupant souvent, au développement de la virilité? Bon nombre de personnes ont soutenu cette opinion, et Bichat a été un de ses plus ardents défenseurs : cependant il me semble qu'on ne doit pas attacher à cette longueur des cheveux une trop grande importance. Les cheveux ne sont-ils pas plus longs chez la femme, être faible, que chez l'homme?

2° *Au visage, sourcils, cils, barbe.* — Les sourcils servent à diminuer l'intensité des rayons lumineux; ils servent aussi beaucoup à l'expression des passions. Froncer le sourcil n'est-il pas la marque de la colère?

Les cils, qui, par leur bonne direction, protègent l'œil contre une foule de petits corps étrangers qui voltigent dans l'air, sont, quand ils ont une direction vicieuse (renversement des cils, cils tournés en dedans), la cause d'ophthalmies répétées et des plus rebelles? Leur perte donne lieu à l'œil d'anchois, et expose par cela même aux ophthalmies; et c'est une des raisons qui doivent faire attacher une grande importance au traitement de la blépharite ciliaire, soit aiguë, soit chronique.

La barbe est-elle le signe de la force, de la virilité? Généralement, oui. Cependant je dois dire que l'on voit assez fréquemment des hommes d'une force athlétique qui sont presque imberbes. Mais à quoi sert la barbe? est-il plus avantageux pour la santé de la couper que de la laisser croître indéfiniment? Je n'en sais rien; mais je sais qu'une barbe longue exige de grands soins de propreté, si on ne veut pas être exposé à la hideuse mentagre.

Aux aisselles, aux parties génitales, les poils ont un but de protection : ce sont des espèces de coussinets élastiques destinés à empêcher

le froissement des parties très-faciles à excorier. Sur quelques points, ils paraissent n'avoir d'autre usage que de servir à la volupté.

IV.

Faire connaître l'organisation et les caractères des plantes de la famille des cucurbitacées; donner l'indication détaillée des espèces intéressantes par leur emploi dans la médecine, ou dans l'économie domestique.

Caractères de la famille et organisation. — Plante herbacée, tige flexueuse, grimpante, armée le plus souvent de vrilles axillaires; feuilles alternes, pétiolées, simples ou divisées en lobes plus ou moins profonds, très-souvent hérissées de poils rudes et tuberculeux; fleurs unisexuées dans la plupart des genres, généralement monoïques et axillaires.

Fleurs mâles. — Calice ordinairement subcampaniforme, à cinq dents, soudé entièrement, dans ses deux tiers inférieurs, avec la base de la corolle; corolle plus grande que le calice, monopétale, régulière, à cinq lobes, souvent plissée longitudinalement; étamines, cinq, insérées au fond de la corolle: quatre, soudées deux à deux par les filets et les anthères, une seule libre et distincte. Anthères uniloculaires, très-allongées, disposées en lignes flexueuses, très-rapprochées les unes des autres. Plus rarement les étamines sont à la fois monadelphes et synanthères.

Fleurs femelles. — Calice, corolle comme dans les fleurs mâles; style simple ou trifurqué à son sommet, qui se termine par trois stigmates épais, glanduleux, et ordinairement bilobés; ovaire infère, uniloculaire; ovules souvent multiples, attachés aux bifurcations des

lames du trophosperme; trophosperme suspendu au sommet de la loge à trois lames rayonnantes, qui semblent partager la cavité de l'ovaire en trois loges, qui ont été considérées par la plupart des auteurs comme trois cloisons.

Fruit péponide. — Fruit charnu dont l'intérieur est tantôt entièrement plein et renferme les graines, tantôt, au contraire, creusé d'une vaste cavité accidentelle. Graines ordinairement comprimées, à tégument crustacé, dans l'intérieur duquel est un embryon dépourvu d'endosperme.

La structure du fruit, dans la famille des cucurbitacées, est encore aujourd'hui un sujet de discussion parmi les botanistes. Ainsi, la plupart des auteurs décrivent le fruit du melon, du pépon, comme un péricarpe multiloculaire, contenant plusieurs graines attachées à des trophospermes pariétaux : M. Auguste Saint-Hilaire a le premier émis, à ce sujet, une autre opinion. Il considère l'ovaire comme toujours uniloculaire, et les trois lames rayonnantes qui occupent le centre du fruit sont pour lui un trophosperme axillaire renversé, pendant en manière de lustre, et portant les graines attachées horizontalement à chacune des bifurcations qui terminent les lames du trophosperme.

Genres. — Ils sont au nombre de quatre : 1° genre bryone ; 2° genre cucumère ; 3° genre pépon ; 4° genre courge.

Au genre bryone appartient la bryone blanche ou couleuvrée.

La bryone blanche croît près des haies, elle est rude au toucher, elle se distingue des autres plantes de la famille des cucurbitacées par son fruit, qui est une petite baie pisiforme, et par sa racine. Celle-ci est charnue, fusiforme, souvent bifurquée, et de la grosseur de la cuisse d'un enfant. Elle est d'un blanc jaunâtre en dehors et d'un blanc grisâtre à l'intérieur. Elle a une odeur vireuse et nauséeuse, surtout lorsqu'elle est fraîche; une saveur âcre et caustique. Son suc produit des érosions sur la peau, et purge, à l'intérieur, à la dose de 1, 50 à 2 grammes. Ces propriétés ne disparaissent qu'en partie

par la dessiccation. On peut cependant détruire le principe caustique de la bryone, en la râpant récente et laissant fermenter la pulpe pendant quelque temps. Alors on en retire une fécule abondante qui peut suppléer à celle des céréales et de la pomme de terre dans quelques-uns de leurs usages. Sa pulpe récente peut être usitée comme rubéfiante à l'extérieur.

Genre cucumère.

Ce genre renferme la coloquinte, le melon et le concombre.

La coloquinte du commerce est le fruit dépouillé de son enveloppe crustacée; elle est en masses blanchâtres, légères, spongieuses, sèches, d'une amertume extraordinaire, contenant des graines ovales luisantes, jaunâtres, qui n'ont pas la saveur amère de la pulpe, au milieu de laquelle elles sont placées. La grande quantité de matière résineuse qu'elle contient la rend un des plus violents purgatifs drastiques, et dont l'usage, en médecine, remonte aux époques les plus reculées de l'art. On donne la pulpe de coloquinte séchée à la dose de 0, 60 à 1, 20.

Le melon a une chair douce, sucrée, fondante, beaucoup plus rafraîchissante que nutritive. Il convient surtout aux personnes fortes, robustes, et, en général, à toutes celles qui digèrent facilement, tandis qu'il est assez péniblement supporté par les individus dont l'estomac est paresseux. La pulpe crue est quelquefois appliquée avec avantage sur les brûlures ou les contusions; lorsqu'elle est cuite, elle constitue de fort bons cataplasmes émollients.

Les concombres ont une chair fade, aqueuse et même nauséabonde, lorsqu'elle est crue. Cuits, ils forment un aliment peu nourrissant. La pulpe de concombre sert à faire une pommade fort usitée dans la toilette pour adoucir la peau et en faire disparaître les efflorescences furfuracées. On récolte souvent les fruits du concombre lorsqu'ils sont encore jeunes, et seulement de la grosseur du doigt; confits avec le vinaigre, ils portent le nom de *cornichons*, et s'emploient comme condiment.

Genre pépon.

Je ne parlerai que du potiron-citrouille. La chair du potiron est ferme et nullement fondante, sa saveur n'a rien de fort agréable ; cependant on la mange assez fréquemment après l'avoir fait cuire, surtout dans le lait. Elle est rafraîchissante et un peu laxative. Elle n'est pas usitée en médecine.

Les anciens connaissaient, sous le nom des *quatre semences froides majeures*, les graines de la courge, du melon, du concombre et du potiron. Ces graines contiennent du mucilage et une huile fixe. En les triturant dans de l'eau, après les avoir dépouillées de leur enveloppe crustacée, on en forme des émulsions adoucissantes.

Genre courge, calebasse et pastèque.

Pastèque ou melon d'eau. — Les fruits ont une chair rougeâtre, fondante ; ils sont très-rafraîchissants, et on en fait, en Provence, et dans toutes les régions chaudes de l'Europe, une grande consommation.

Courge, calebasse. — Les fruits, quoiqu'ils renferment une pulpe bonne à manger, sont rarement employés comme aliment. Les graines n'ont pas d'autre propriété que celles du melon et du concombre.